

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929 - 1930 — N° 42

Les troubles mentaux dans la sclérose en plaques

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre GOUDAL

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Diplômé de Médecine légale et de Neuro-Psychiatrie
né à Pamiers (Ariège), le 22 Septembre 1906*



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

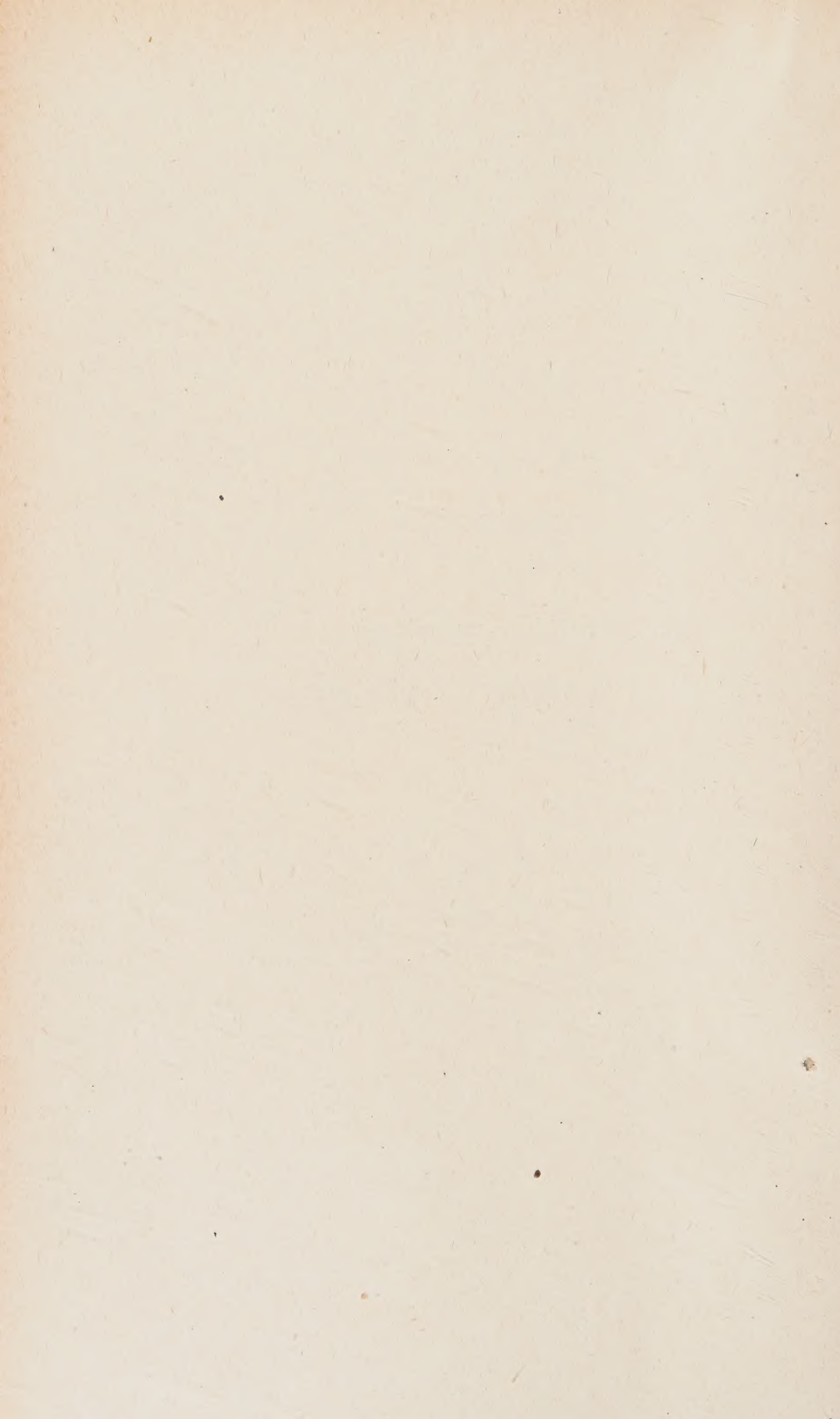
46, Rue de l'Université, 46

Tél. : Vaudrey 32-55

LYON

1929

**Les troubles mentaux
dans la sclérose en plaques**



Les troubles mentaux dans la sclérose en plaques

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre GOUDAL

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à Pamiers (Ariège), le 22 Septembre 1906



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
Tél. : Vaudrey 32-55
LYON

1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Cooyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (J.)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (A.)	DEVIC	GAIE
ROCHAIX	CHALIER (J.)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

JEAN LÉPINE Président ; DEVIC Assesseur ;
MM. MARTIN JOSEPH et DECHAUME Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MERE

A MON PERE

Le meilleur, le plus aimé des
Maîtres, à qui je dois l'âme que
j'ai.

A MA MERE

Faible témoignage de reconnais-
sance à l'infini de son amour et de
son dévouement.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE DOYEN J. LEPINE,

*Professeur de la Clinique Neuro-Psychiatrique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.*

Il nous fit le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse, et nous réserva toujours le
meilleur accueil.

Qu'il reçoive ici l'expression de
notre respectueuse et profonde re-
connaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT ROUQUIER

*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce,
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Il nous apprit à connaître et
nous apprit à aimer la neurologie.
C'était pour nous un vif plaisir
que d'assister à ses leçons clini-
ques. Qu'il reçoive ici les remer-
ciements vraiment sincères de son
élève respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LARRIVE

Chef de Clinique à la Faculté,

Médecin des Asiles.

Nous lui devons le sujet de notre thèse, nous lui devons toutes nos connaissances de psychiatrie. Il nous reçut toujours de la meilleure bonne grâce et nous apporta des renseignements précieux. Nous l'en remercions de tout cœur.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE

DE MARSEILLE, DE LA FACULTÉ DE LYON,

DE L'ECOLE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

La psychiatrie contemporaine tend à délaisser l'œuvre de pure description clinique des troubles mentaux. Elle s'attache à faire une étude médicale complète du malade, au double point de vue biologique et somatique. Ce faisant, elle découvre ainsi, dans de nombreux cas, une grande maladie organique dont les signes légers et frustes se masquent derrière le grand appareil des troubles psychiques qui avait seul jusqu'alors attiré l'attention. Les atteintes frustes du névraxe constituent, plus souvent sans doute qu'on ne l'admet généralement, le substratum des troubles psychiques : la technique psychiatrique seule employée les laisserait dans l'ombre. « La pathologie cérébrale, considérée à ce stade primitif des processus morbides qui précède la phase des lésions actuellement accessibles à notre observation, devient de plus en plus biologique. » (J. Lépine.)

A ce point de vue, la sclérose en plaques se présente parfois sous une forme clinique spéciale, dans laquelle les symptômes neurologiques viennent se greffer sur un syndrome psychopathique antérieurement apparu. De plus, les troubles mentaux, décrits classiquement dans la sclérose en plaques et qui surviennent à titre de complication dans une maladie avérée, fournissent ainsi un apport nouveau à la conception des « maladies du système nerveux à symptômes psychosiques ». (Guiraud et Minkowsky.)

Cherchant alors un support anatomique à telle ou telle psychose que l'on croyait essentielle, et s'adjoignant les méthodes cliniques et biologiques, la psychiatrie parviendra de la sorte à se détacher progressivement du domaine exclusif de la psychologie morbide pour rentrer dans les limites de la pathologie générale.

HISTORIQUE

En 1868, démêlant pour la première fois la symptomatologie de la sclérose en plaques, le Professeur Charcot ajoutait à la fin de sa leçon : « La plupart des malades atteints de sclérose multiloculaire que j'ai eu l'occasion d'observer, ont présenté, à une certaine période de l'affection, un facies vraiment particulier. Le regard est vague, incertain ; les lèvres sont tombantes, entr'ouvertes ; les traits expriment l'hébétude et la stupeur. A cette expression dominante de la maladie correspond presque toujours un état mental qui mérite d'être signalé. Il y a un affaiblissement marqué de la mémoire ; les conceptions sont lentes ; les facultés intellectuelles et affectives émoussées dans leur ensemble. Bref un état de dépression mentale dans lequel il n'est pas rare non plus de voir éclater des troubles psychiques qui revêtent l'une ou l'autre des formes classiques de l'aliénation mentale. »

Tout est dit — et l'on vient trop tard après de tels maîtres. Mais c'est le nom de Cruveilhier que l'on trouve le premier dans la recherche de ceux qui se sont occupés des troubles psychiques en rapport avec la sclérose en plaques. Dans son Atlas d'anatomie pathologique (1835), il parle d'un cas à intelligence obtuse, de troubles psychiques se traduisant par une modification rapide et injustifiée du caractère.

En Allemagne, Frierichs, en 1849, et Valentiner, en 1856, rapportent plusieurs observations de psycho-

ses coïncidant avec des scléroses multiloculaires et se manifestant par de la lypémanie et du délire des grandeurs.

Mais c'est à Vulpian — et c'est surtout vraiment à Charcot que nous devons la véritable première description des troubles psychiques habituels dans la sclérose en plaques.

Pendant longtemps, l'étude de ces manifestations intellectuelles ne fit aucun autre progrès. On souscrivit en France à l'opinion qui découlait de l'enseignement de Charcot, et on admit que les plaques de sclérose pouvaient se diffuser dans l'axe cérébro-spinal et créer une « forme cérébrale » caractérisée par l'intensité des troubles psychiques.

En 1901, Petroff fait entrer l'étude de ces troubles mentaux dans une phase plus active. Il rapporte 14 observations de sclérose en plaques et conclut que la démence paralytique est due souvent à l'association de la paralysie générale avec celles de la sclérose en plaques. Dannenberger réunit dans sa thèse, parue à Ziessen, 104 observations, et s'efforce de classer parmi les divers troubles observés ceux qui relèvent de l'association de la sclérose en plaques avec d'autres maladies nerveuses et ceux qui appartiennent en propre à la sclérose en plaques. Au congrès de Baden-Baden, Hoffman, se basant sur l'étude de cent cas, conclut à l'existence « de troubles psychiques légers, consistant en puérilisme mental et dépression mélancolique ».

Deux ans plus tard, Lannois communique au congrès de Bruxelles une observation très intéressante

relative à un malade atteint de sclérose en plaques typique : ce malade fut pris brusquement d'un délire à forme érotique qui se compliqua peu à peu d'idées de persécution, puis d'idées de richesses.

En même temps, Philippe et Cestan se livrent à la critique des observations de sclérose en plaques et déclarent qu'il s'agit de faits disparates, incomplètement observés et du domaine de la paralysie générale et de l'encéphalopathie infantile.

Ici se place une période vide de travaux sur la question. Par contre, la période d'après-guerre est riche de publications à ce sujet.

En mai 1924, dans son rapport à la Société de neurologie, le Professeur Guillain déclare à propos des troubles psychiques : « Peut-on dire qu'il s'agisse de troubles mentaux dans la sclérose en plaques ? Le déficit de la mémoire m'a toujours paru peu accentué. Les hallucinations visuelles et auditives, qui sont dues sans doute à une irritation des voies de conduction sensorielles, sont rares et transitoires... D'après ma documentation personnelle, ces troubles mentaux dans la sclérose en plaques restent au second plan. »

Le Professeur Guillain se ralliait ainsi aux conclusions de l'*American Association for Research in nervous and mental Diseases*, qui, dans sa session de 1921, à New-York, consacrée à l'étude de la sclérose en plaques, spécifie : « Il n'y a pas de troubles psychiques particuliers caractéristiques de la sclérose en plaques ; le développement des plaques de sclérose dans le cerveau n'amène le développement d'aucune des psychoses connues. »

A ce même rapport de 1924, le Professeur Henri Claude ajoute : « Dans la littérature, il est question de toutes sortes de troubles psychopathiques qui compliqueraient la sclérose en plaques ; je crains qu'il ne se soit agi dans ces cas, bien souvent, d'erreurs de diagnostic. »

Mais au cours de l'année 1924, toute une série de publications vient remettre à l'ordre du jour la question des troubles mentaux dans la sclérose en plaques.

M. René Targowla présente à la Société de Neurologie de nombreux malades atteints, soit de sclérose en plaques très nettes, soit de sclérose en plaques frustres, et présentant de gros troubles psychiques : psychose hallucinatoire, mélancolie, bouffées délirantes.

En même temps, Cottrell et Wilson, dans *The Journal of Neuro and Psychopathology* », reprennent l'étude de 100 cas de sclérose en plaques, dans le but de découvrir l'état des troubles de l'affectivité chez ces malades, et trouvent, dans la presque totalité des cas, des modifications psychiques portant sur l'émotivité, sur le contrôle et l'expression de cette émotivité.

Plus près de nous, à Lyon, le Professeur Bériel, dans ses cliniques de Saint-Pothin se montre partisan de l'existence des troubles mentaux dans la sclérose en plaques et envisage même une forme purement mentale de la maladie.

Ainsi, de l'examen de tous ces travaux, il résulte que si tous les auteurs admettent l'existence de troubles psychiques habituels dans la sclérose en plaques,

ils ne s'accordent nullement sur la nature et la gravité de ces troubles intellectuels : les uns admettent la présence de troubles graves et profonds de l'intelligence, avec idées délirantes, démence même ; d'autres, au contraire, prétendent que les troubles mentaux n'ont pas la gravité que voudraient leur attribuer les premiers, et consistent le plus souvent en un simple et léger affaiblissement des fonctions intellectuelles. Si toutefois, dans certains cas manifestes, ces troubles présentent plus de gravité, cela serait dû à l'association d'autres affections mentales ou à des erreurs de diagnostic.

Ainsi donc il nous a paru intéressant de reprendre une question encore débattue, de préciser les vrais rapports de ces troubles avec la sclérose, et de nous demander pourquoi, parmi tant de maladies nerveuses qui ne s'accompagnent d'aucun trouble psychique, la sclérose en plaques présente, elle, dans sa symptomatologie si diverse, tout un cortège de troubles mentaux.

Etude des lésions anatomo-pathologiques de l'Ecorce cérébrale dans la sclérose en plaques

La sclérose en plaques peut étendre justement ses « plaques » — puisque c'est là son principal caractère — et les étendre jusqu'à des lésions cérébrales. Il nous paraît donc indispensables avant tout d'exposer les lésions cérébrales et surtout corticales, que peut causer la sclérose en plaques.

Dans l'écorce cérébrale, les plaques sont moins nettes à l'œil nu que dans toute autre partie du système nerveux central, par exemple, le centre ovale, l'isthme, et surtout la moelle ; cela parce que leur coloration grisâtre tend à se confondre avec la teinte normale des circonvolutions cérébrales.

On se trouve en présence d'un tissu pathologique plus vascularisé, qui, après exposition à l'air pendant quelques minutes, devient rosé (procédé de Charcot) et dont les contours sont nettement délimités.

Mais l'étude macroscopique ne saurait donner une idée exacte de leur constitution.

Nous n'avons pas eu la bonne fortune de pouvoir nous rendre compte par nous-même de l'anatomie pathologique de l'écorce cérébrale dans la sclérose en plaques.

D'après les communications de Philippe et Jones, et le mémoire de Philippe et Cestan, il est classique d'observer au niveau de l'écorce cérébrale trois sortes de lésions :

Les plaques proprement dites; les lésions diffuses; les lésions de méningite corticale.

Les plaques proprement dites, les foyers de sclérose, peuvent se trouver partout, dans toutes les couches de l'écorce cérébrale (fibres tangentielles et radiales, régions superficielles et régions profondes). Contrairement à l'opinion de Gowers, on peut affirmer que beaucoup de ces plaques sont primitivement développées dans l'écorce. Elles peuvent être évidemment consécutives à des foyers siégeant dans la substance blanche ; mais on les rencontre fréquemment siégeant sur la pie-mère, loin du centre ovale, et leur début se fait autour des fines artérioles de l'écorce, suivant une disposition analogue à celle des foyers primitifs de la maladie dans d'autres régions.

Quelle est la structure de ces plaques ? On peut dire que la lésion élémentaire du tissu cortical au niveau des plaques de sclérose est analogue à celle que l'on rencontre dans la moelle épinière : il faut signaler cependant certaines particularités histologiques.

Il faut noter d'abord la fonte granuleuse des gaines de myéline, et la présence dans le produit de dégénérescence de nombreux corps granuleux. A cet état succède rapidement de la sclérose névroglique, qui n'est jamais très intense et ne s'entourant pas de ces tourbillons de fibrilles névrogliques qui se rencontrent fréquemment dans les foyers médullaires de la sclérose en plaques dès qu'ils sont un peu anciens.

Les altérations vasculaires sont évidentes : les artérioles sont rétrécies, les adventices sont encombrées de corps granuleux auxquels se substituent peu à peu des formations fibrillaires scléreuses.

Non moins remarquables sont les altérations des éléments nerveux. La lésion la plus légère que l'on rencontre est la dégénérescence jaune déjà signalée par Charcot dès ses premières études de la maladie, au niveau des grandes cellules radiculaires de la moelle. On peut également voir une destruction totale de la cellule par atrophie progressive ; mais ces lésions restent discrètes et n'atteignent jamais l'intensité de celles qui caractérisent la méningo-encéphalite de la paralysie générale par exemple. Les cylindromes sont à peu près conservés, si l'on en juge d'après l'absence de toute dégénération secondaire au voisinage des foyers de sclérose.

Les lésions diffuses se rencontrent de préférence dans les régions corticales sous-pie-mériennes, en pleine zone des fibres tangentielles. Les tubes nerveux sont raréfiés sur une étendue souvent assez considérable ; il existe alors une sclérose névroglique discrète, dont les fibrilles proliférées font plus ou moins corps avec les fascicules méningés sous-jacents.

Quant aux lésions de méningite corticale, elles sont à peu près constantes et présentent une intensité qui n'existe jamais à ce degré dans la moelle de la sclérose en plaques habituelle. Elles consistent en méningite à évolution nettement fibreuse, souvent assez accentuée, pour former de gros bourgeons scléreux à la surface du dôme des circonvolutions, ou même dans la profondeur des sillons. En réalité, il s'agit d'une méningite assez végétante et évoluant en dehors de toute grosse altération vasculaire.

Etude Clinique des troubles mentaux

Il faut bien le dire, un grand nombre de malades atteints de sclérose en plaques présentent un état mental normal. Philippe et Cestan rapportent dans leur mémoire les observations de quatre malades qui, bien qu'atteints de névrite optique, d'un gros nystagmus permanent, d'une incoordination les rendant absolument impotents, de troubles sphinctériens, même avec escarre sacrée, avaient conservé une parfaite lucidité d'esprit. « Ils lisaient, s'occupaient, jouaient aux cartes, avaient conservé une mémoire parfaite, appréciaient sainement la gravité de leur état. » Du reste, nous-mêmes, au courant de nos observations personnelles, avons pu constater l'intégrité parfaite des fonctions intellectuelles coïncidant avec des scléroses en plaques très complètes au point de vue somatique.

Mais la conservation d'un psychisme normal n'est pas la règle : et c'est justement en vue des exceptions qu'est faite une thèse. Il est en effet une série d'altérations que l'on peut considérer comme fréquentes, altérations qui parurent même aux classiques constituer toujours un des éléments de la symptomatologie de la sclérose en plaques.

Ce sont celles que Charcot avait mises en vedette. « Les fonctions psychiques s'affaiblissent, il y a de la paresse intellectuelle, et non seulement il est impossible au malade d'acquérir de nouvelles connais-

ces, mais les fonctions de conservation elles-mêmes sont lésées : le malade perdra la mémoire, ne se rappellera plus les faits même récents ; aussi ne faut-il pas s'étonner s'il présente à quelque degré une diminution des sentiments affectifs ; il ne s'occupera pas de ses proches, ne parlant jamais d'eux, ne s'en intéressant que très peu. Par contre — et c'est là un trait de puérilisme mental — le malade, en état d'euphorie, est très satisfait de lui-même. »

La plupart des auteurs acceptent ces modifications relativement légères l'état général comme faisant partie de la symptomatologie de la sclérose en plaques. Et pour eux, cette forme, constituée par l'euphorie ou l'irritabilité du caractère, le puérilisme mental, l'affaiblissement de la mémoire, l'indifférence complète aux événements du monde extérieur, la paresse intellectuelle, est le seul type que l'on rencontre dans la sclérose en plaques. En effet, ces troubles intellectuels, minimes en somme, peuvent coïncider avec des lésions cérébrales très étendues. Ce sont là, croyons-nous, les troubles mentaux classiques de la sclérose en plaques. Il est très rare que cette affection ne s'accompagne pas de phénomènes psychiques de cet ordre.

L'euphorie peut être parfois accentuée à un tel point que les malades deviennent tout à fait inconscients de leur sort et continuent à végéter dans un état de satisfaction et d'optimisme qui rappelle celui de la paralysie générale. C'est ainsi qu'il est fréquent de voir la femme, très satisfaite d'elle-même, manifester un contentement niais de ses formes. Ré-

mond rapporte le cas d'une jeune femme qui, chaque fois qu'un élève s'approchait d'elle, lui vantait sa beauté. « Je suis une belle femme », disait elle, et, montrant ses bras qu'elle découvrait le plus possible : « Voyez si je suis bien faite ; aussi tout le monde m'aime et j'ai beaucoup d'amoureux. » Un employé de chemin de fer que nous eûmes l'occasion d'examiner dans un hospice des Bouches-du-Rhône, se présentait volontiers comme le plus fin mécanicien du P.-L.-M. et souriait de pitié devant les accidents qu'il lisait au hasard des journaux. « Si j'avais été là, disait-il, tout cela ne serait pas arrivé. » Les malades ont alors une loquacité et une bonne humeur constantes, qui contrastent avec la lenteur et la monotonie de leur dysarthrie.

A l'envers de cette euphorie, certains malades présentent souvent ce qu'il est convenu d'appeler un mauvais caractère. Certes, à la période d'état de cette terrible maladie, on ne saurait demander au patient l'affabilité et la bonne humeur de l'homme heureux qui se porte bien, et tout être pensant, qui réfléchit à son sort, ne peut trouver que sujets de misère et de mélancolie. Cependant, il faut noter une irritabilité d'humeur vraiment excessive, une contrariété aux moindres propos, irritabilité d'humeur se traduisant souvent par une véritable agitation maniaque, au point que l'on se demande s'il ne faudrait pas l'internement. C'est un cas de cette espèce, dont l'observation nous a été communiquée par le professeur Ronquier.

B... Joseph, 20 ans, garçon boucher. Entre à Desgenettes en Août 1927.

Début par une diminution de l'acuité visuelle. Impossibilité de distinguer les poids dans la balance, confusion des pièces de monnaie. En même temps, tendance à la somnolence et sensation de lassitude.

Après quinze jours de vie militaire (le malade est un jeune soldat), sensation de fourmillements et picotements dans la main droite, lourdeur de la jambe droite.

Les symptômes s'aggravant, entre à l'hôpital de Briançon, puis à l'hôpital Desgenettes.

A l'examen pratiqué à cette époque, on constate une quadriplégie spasmodique, un Babinski positif, des troubles de la sensibilité des membres inférieurs, des troubles de la vision, des troubles sphinctériens, un tremblement intentionnel marqué.

Le diagnostic de sclérose en plaques est formellement posé.

De jour en jour, les signes constatés précédemment augmentent notablement. Le malade, absolument impotent, ne peut rien faire par lui-même.

Parallèlement à cette aggravation des symptômes, le caractère du malade subit de profondes modifications.

D'un tempérament calme au début de sa maladie, B... devient peu à peu irritable, impulsif, excessif dans tous ses actes.

Grossier envers ses voisins de lit comme envers ceux qui le soignent, il injurie tout le monde, entre dans d'épouvantables colères, s'oublie même jusqu'à lancer une bouteille à la tête de son infirmière.

Il lui suffit, du reste, d'une quantité infime de vin pour présenter immédiatement tous les caractères d'une mauvaise et tapageuse ivresse.

Ce « mauvais caractère » s'exaspère par moment sans doute, en des crises de paroxysme, mais est aussi un état permanent de nervosisme et d'impulsivité. Bref, cet état de chose devient tel qu'on envisage, à un moment donné, la possibilité d'un internement.

La faculté de recevoir les sensations est aussi fréquemment troublée. Certains malades présentent une émotivité exagérée. Ils rient et pleurent facilement. La moindre contrariété, le moindre reproche sera chez eux le point de départ d'abondantes crises de larmes ; de même ils seront pris d'accès de fou-rire pour une cause insignifiante. Valentiner rapporte de nombreux cas de cette mobilité de sentiments. Et comme, par surcroît, l'émotivité s'accompagne de cette instabilité du tonus musculaire à laquelle sont liés les reflexes, il existe une gêne émotive continue chez de tels sujets, d'où les diverses manifestations de la timidité, de la maladresse et leurs accompagnements moteurs : rougissement, bégaiement, bredouillage, tremblements.

Mais il existe chez les scléreux en plaques une autre variété de rire et de pleurer : cette seconde variété est en somme un trouble de la mimique se traduisant par des crises de rire ou de pleurer spasmodiques. C'est un rire saccadé, inextinguible, une véritable explosion convulsive amenant la cyanose et faisant craindre l'asphyxie (Oppenheim). Un exemple de ce rire spasmodique nous est fourni par une observation publiée il y a une quinzaine d'années par Touches de Brévannes, le malade ayant une sclérose en plaques très nette avec chorée.

Il convient cependant d'ajouter que ces altérations de la mimique ne correspondent nullement à l'état psychique des malades : le rire et le pleurer spasmodiques peuvent être presque nuls et l'intelligence profondément atteinte ou inversement les troubles psy-

chiques très minimes et les altérations de l'expression très marquées. Pierre Marie et Dupré ont insisté sur cette dissociation de l'état mental et des troubles de la mimique.

Nous pouvons donc résumer les constatations précédentes en disant que si quelques rares malades atteints de sclérose en plaques peuvent conserver un état psychique normal, il est cependant de règle d'observer au cours de cette affection des modifications de l'état intellectuel et morale, si légères soient-elles. Ces modifications portent sur la faculté de conservation des idées, sur la mémoire qui est toujours au moins affaiblie, et surtout sur le caractère : sur cent cas de sclérose en plaques, Cottrell et Wilson ont trouvé des troubles constants de l'affectivité précédant tout signe neurologique, somatique, objectif ou subjectif. Ces auteurs distinguent trois ordres de symptômes.

1° Un état euphorique moral qu'ils désignent sous le nom d' « euphoria sclerotica » ;

2° Une euphorie physique ou « entonia sclerotica » ;

3° Un degré anormal d'optimisme ou « spes sclerotica ».

Ces atteintes de l'affectivité seraient dues à des localisations électives au niveau du cerveau : atteinte periventriculaire et sous-épendymaire, invasion progressive du paleothalamus.

Nous insistons particulièrement sur ces atteintes du caractère et de l'affectivité. La sclérose en plaques frappe plus électivement, dans ses manifestations

mentales, le domaine de l'affectivité et de la personnalité innée, domaine profond et congénital du moi — preuve curieuse que cette grande maladie neurologique prend peut-être ses racines au-delà des limites d'un simple phénomène infectueux. Nous reviendrons du reste sur ce sujet au cours de notre essai de pathogénie.

A côté de ces altérations habituelles et relativement légères de l'état psychique, cherchons maintenant s'il ne peut apparaître parfois des désordres plus graves tels que hallucinations, délires variés ou même un véritable état démentiel comparable à celui de la paralysie générale progressive.

Les troubles délirants et démentiels dans la sclérose en plaques

Chez certains scléreux en plaques, on peut trouver des troubles psychiques plus prononcés que ceux que nous avons signalés dans le premier chapitre comme constituant l'état mental habituel. L'euphorie, l'irritabilité d'humeur, ou le simple état hypochondriaque sont remplacés alors par de véritables idées délirantes. Après quelques troubles légers de la mémoire au début de l'affection, il n'est pas rare en effet de voir apparaître brusquement dans la sclérose en plaques des phénomènes délirants nettement caractérisés : délire des grandeurs, délire érotique, délire d'ambivalence, idées de persécution. Ces désordres aussi graves ne sont pas fréquents et nous essaierons de montrer qu'ils nécessitent pour s'installer un terrain spécial : les malades qui présentent de tels troubles psychiques sont des névropathes, destinés par leur hérédité ou même par leur passé pathologique, à présenter des vésanies.

Dès 1866, Charcot constate chez une de ses malades, des idées délirantes, et dans ses leçons sur le système nerveux, il écrit : « M^{lle} V... a été prise, il y a quelques semaines, d'un véritable accès de lypémanie. Elle avait des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; elle voyait des personnages effrayants et entendait des voix qui la menaçaient de la guillotine.

Elle était convaincue que nous voulions l'empoisonner. »

Depuis Charcot, de nombreux auteurs ont rapporté des observations de délires divers dans la sclérose en plaques. Sans doute bien des fois, le diagnostic de maladie organique ne fut pas établi de façon suffisante. Nous citerons à titre bibliographique l'observation parfaitement concluante de Lannois dans sa Thèse de Lyon. Nous rapporterons cependant une autre observation plus récente, celle de M. Targowla, en avril 1927, que voici résumée :

Eugénie B... entre à l'hôpital dans le service de Prophylaxie mentale, en Juillet 1925, pour un état de stupeur avec opposition et mutisme. Elle vient de l'Hôpital Tenon, où elle était entrée en Juin et où elle présentait des alternatives de mutisme complet et d'excitation co-léreuse avec loquacité.

A son entrée dans le service on peut lui arracher quelques mots, lui faire écrire son nom d'une écriture tremblante assez particulière, alors que les mains ne tremblent pas au repos. Progressivement, du reste, elle sort peu à peu de son état, parle volontiers d'une façon puérile et niaise. Elle sort de l'hôpital le 31 octobre, apparemment guérie. Elle y est admise de nouveau en Janvier 1926, avec le diagnostic : état de stupeur récidivante. Elle reste immobile, inerte, les yeux fermés, dans un état complet de gâtisme. Elle est internée à la Clinique en Février, avec le diagnostic de psychose circulaire. Là, nouvelle amélioration, nouvelle sortie. Puis, le 26 juillet, entrée à l'hôpital Henri Rousselle. Son état stuporeux fait alors place à un état d'excitation avec agitation motrice, cris, invectives, grossièretés à l'égard du personnel — agitation en tous points comparable à l'agitation du malade du Professeur Ronquier. Sortie en Octobre, elle revient pour la quatrième fois à

d'hôpital Henri-Rousselle, en Janvier 1927, avec le diagnostic de mélancolie périodique.

Actuellement, à l'examen somatique, la démarche est légèrement ébrieuse et le Romberg est positif. Il existe un certain degré de dysmétrie et d'adadiococinésie. Le signe de Babinski existe à droite. Il est facile de déceler de nombreuses secousses nystagmiques.

La parole scandée et nasonnée, la langue trémulante, la brusquerie des gestes, complètent le tableau clinique. La réaction du benjoin colloïdal est positive. Le syndrome humoral s'est établi progressivement pendant l'évolution de la psychose périodique et, d'autre part, la stupeur et l'irritabilité paraissaient concomitantes d'une accentuation des phénomènes neurologiques.

Ces quatre accès maniaques successifs peuvent être considérés comme des manifestations évolutives d'une sclérose en plaques. Evidemment on ne saurait affirmer vraiment une véritable relation de cause à effet entre la maladie neurologique et la psychose. La preuve décisive que les troubles mentaux sont la conséquence directe de la sclérose n'est fournie que rarement et les cliniciens prudents et peut-être trop traditionnalistes admettent seulement qu'il s'agit de coïncidence. Mais il nous semble qu'il y a beaucoup de coïncidences, et l'observation précédente n'est pas une rareté. Toute une série de communications de M. Targowla portent sur ce sujet.

Ces troubles délirants du reste peuvent présenter dans leur évolution des rémissions prononcées et nombreuses. Seiffert, à qui nous devons une belle étude sur « le psychisme polysclérotique », rapporte une observation de sclérose en plaques avec crise inter-

currente de confusion hallucinatoire qui, cependant, guérit en laissant une intelligence intacte.

Chez d'autres malades, au contraire, les désordres psychiques persistent, se dégradent peu à peu et aboutissent enfin à la démence. Nous avons une observation de ce genre. Nous la devons à l'obligeance du Docteur Larrivé, chef de Clinique des Maladies Mentales de l'Asile de Brøn.

OBSERVATION II

Tr... Adolphe, 39 ans, célibataire.

Entre pour la première fois le 19 avril 1929, avec le certificat suivant : « Troubles sensoriels multiples. Idées délirantes.

Antécédents héréditaires et personnels :

Mère : vivante.

Père : mort d'affection indéterminée.

Deux frères en bonne santé.

En 1914, le malade aurait été interné à Villejuif.

Histoire. — Le malade fait une fugue, et est arrêté à Privas. Interné dans cette ville, il est transféré dans une Maison de Santé de la région, à Saint-Jean-de-Dieu.

A son entrée : Il est incapable de dire son âge, est totalement désorienté, soutient des propos incohérents, et ne peut donner d'explications plausibles à propos de ses fugues et internements précédents. Il manifeste des idées de persécution, associées à des hallucinations cénes-thésiques. Il prétend avoir été victime de toutes sortes de stupidités : « on lui a tripoté ses organes génitaux, son prépuce, on lui mange les entrailles, on lui prend son cerveau ».

Il conserve toujours ses idées de fugue et veut absolument partir et voyager. Par intervalles, il présente des périodes d'excitation.

Examen physique. — Réflexes achilléens et rotuliens normaux.

Pupilles réagissant bien à la lumière.

A signaler un léger tremblement des extrémités digitales.

Rien au point de vue cardio-pulmonaire ; dans les urines, ni sucre, ni albumine.

De 1921 à 1924. — Pas de modifications.

Persistance des idées délirantes, des hallucinations. Propos stéréotypés.

On pose le diagnostic de *démence précoce paranoïde*.

En juillet 1924, le malade est repris par sa famille. Puis il est interné à nouveau, un an après le décès de sa mère.

Même état, même langage. Le langage et les attitudes sont toujours stéréotypés.

L'examen physique est négatif.

Fin 1926, apparaissent des troubles de la marche qui devient difficile ; l'examen montre une exagération nette des réflexes rotuliens.

En juin 1927, malade confiné au lit, ayant tous les signes d'une paraplégie spasmodique avec quelques troubles d'incoordination du côté des membres supérieurs, et une parole un peu scandée et hésitante.

La ponction lombaire pratiquée donne les résultats suivants :

Tension au Claude normale.

Liquide limpide, eau de roche.

Albumine : 0,25.

Lymphocytes : 2.

Benjoin colloïdal négatif.

On porte le diagnostic de *sclérose en plaques*.

Actuellement :

Etat dementiel, idées délirantes moins les actions stéréotypées.

Les signes physiques confirment le diagnostic de *sclérose en plaques*.

Voici donc un bel exemple de sclérose en plaques s'accompagnant de troubles mentaux graves, troubles mentaux graves évoluant vers la démence.

Du reste, c'est une notion à peu près classique que celle de la sclérose en plaques à forme démentielle empruntant le tableau clinique de la paralysie générale. Nous avons vu, dans l'étude du psychisme habituel des malades atteints de sclérose en plaques, que ces derniers présentent déjà des troubles du caractère rappelant les troubles d'une paralysie générale au début, avec idées de suffisance, euphorie naïve, puérilité des sentiments. Il se peut aussi que les idées délirantes soient tout à fait celles que l'on observe dans la paralysie générale. Si alors les troubles somatiques sont peu accentués, et si l'on ne peut ainsi s'appuyer sur un diagnostic neurologique, le diagnostic est très difficile à faire entre cette forme de sclérose en plaques et la paralysie générale au début. Quand, sur le terrain déméntiel propre à la sclérose en plaques, où les sentiments d'auto-critique sont conservés (ce qui permet la différenciation), viennent se greffer des idées délirantes, spécialement des idées de grandeur, seuls alors l'analyse du fond mental et les phénomènes cérébelleux feront le diagnostic. Citons à titre bibliographique, le cas de Raymond et Touchard, l'observation de M. Targowla dans la *Revue Neurologique* de Novembre 1927, qui sont aussi une belle illustration de « pseudo-paralysie générale par sclérose en plaques ».

Dans ces cas, les troubles mentaux sont fort précoces ou bien encore ouvrent la scène. Nous revien-

drons, dans le prochain chapitre, sur l'intérêt que présente cette précocité d'apparition.

En résumé, l'analyse clinique des troubles psychiques nous permet de conclure :

I.— A la constance presque absolue d'un très léger psychisme dans la sclérose en plaques. Ce psychisme porte le plus souvent sur des modifications de l'affectivité.

II. — A l'apparition possible de délires variés : délire maniaque, délire mélancolique, idées de persécution.

III. — A la rareté mais à la réalité de véritables troubles démentiels, troubles démentiels apparaissant à la période terminale de l'affection, mais pouvant aussi prendre le masque du psychisme de la paralysie générale au début, être tout à fait précoces et souvent être seuls à attirer l'attention.

Ce dernier point nous amène à considérer dans le temps l'évolution des troubles mentaux de la sclérose en plaques, à les considérer aussi dans les rapports qu'ont leur importance avec l'importance des troubles, physiques, bref à tenter un essai des formes cliniques de la sclérose en plaques, d'après la seule étude de sa psychopathie.

Formes cliniques

Les troubles mentaux décrits classiquement dans la sclérose en plaques sont considérés comme venant à titre de complication dans une maladie avérée.

A ce titre même de complication, ils doivent donc survenir en pleine évolution de cette maladie, soit à la période d'état, soit, bien plus, à la période terminale lorsque les troubles somatiques en arrivent à leur apogée.

Mais les troubles mentaux, domaine encore mystérieux de l'intellect, ne suivent pas un chemin tout fait que l'on saurait prédire. Ils ne s'installent pas, régulièrement et progressivement, comme s'installent le nystagmus, l'incoordination, la dysarthrie. Toute une foule de faits récents vient montrer au contraire que ces troubles sont essentiellement polymorphes (polymorphes comme la maladie qu'ils viennent compliquer) et qu'ils suivent pour ainsi dire leur bon plaisir dans l'évolution de la maladie.

Ils peuvent, certes — et c'est la notion classique — apparaître au cours de la sclérose en plaques. Telle est la malade de Charcot. Ils peuvent aussi, à la période ultime de la maladie neurologique, prendre la forme ultime de la maladie psychique : la démence. Telle est l'observation de M. Larrivé.

Mais ils peuvent aussi ouvrir la scène.

Et c'est alors par un épisode qui apparaît uniquement du ressort de la psychiatrie, que débute, mas-

quée encore dans ses manifestations somatiques, la symptomatologie déconcertante d'une sclérose en plaques méconnue.

Tel est le cas que présenta en Février 1927, M. René Targowla, à la *Société de Psychiatrie*, et dont voici l'observation résumée.

C... Marie, entre à l'Hôpital Henri-Rousselle, le 3 décembre 1926.

Aucun antécédent héréditaire.

Elle-même toujours nerveuse et d'un caractère irritable. Les troubles ont débuté huit jours avant l'entrée à l'hôpital, par une crise nerveuse avec chute suivie d'excitation atypique : logorrhée, anxiété, craintes panophobiques, hallucinations, idées délirantes polymorphes : c'est la révolution, la bataille entre juifs et catholiques, etc... L'inquiétude de la malade s'exaspère en bouffées d'anxiété et de terreurs, au cours desquelles elle tente à plusieurs reprises de s'empoisonner.

Après une période de rémission à l'hôpital, ses terreurs et ses hallucinations reprennent. Puis, nouveau calme. Calme passager du reste : huit jours après, l'excitation recommence avec des sentiments de bizarrerie, d'ambivalence, et des appels à la mort.

En même temps qu'évolue ce syndrome paroxystique, s'installaient des syndromes neurologiques dont l'accentuation progressive s'est marquée principalement, semble-t-il, pendant les phases de rémission psychopathique.

Ce syndrome neurologique est actuellement assez net : nystagmus, diminution de convergence d'un œil, troubles scandés de la parole, vivacité des réflexes tendineux avec inégalité des réflexes homologues, abolition des réflexes abdominaux, dysmétrie légère avec ébauche de tremblement intentionnel : syndrome fruste mais cependant caractéristique d'une sclérose en plaques « incipiens » en évolution.

A noter en même temps toute une série de troubles fonctionnels et généraux. Pouls rapide à 110. Température à 38°. Corps thyroïde un peu gros, anoxerie et légers troubles digestifs.

Voici donc une sclérose en plaques, en somme assez nette, et débutant soudain par tout un appareil de phénomènes psychiques. L'apparition précoce de ces derniers avant tout symptôme caractéristique est vraiment intéressante à retenir.

Un autre point à considérer est la prédominance des troubles psychiques sur le syndrome neurologique. C'est pour eux que la malade entre à l'hôpital, et non parce qu'elle éprouve de la difficulté à marcher ou à lire. Cette observation réalise une véritable « forme mentale » de la maladie et nous incite à réviser nos connaissances sur les troubles psychiques de la sclérose en plaques.

A côté des formes purement neurologiques de la sclérose en plaques ne s'accompagnant pas ou presque pas de troubles mentaux, existent des « formes combinées » où les troubles mentaux se greffent sur le syndrome somatique qu'ils viennent ainsi compliquer. Existente aussi, exceptionnellement sans doute, des « formes mentales » dans lesquelles il faut vraiment dépister les signes physiques qui sont frustes et masqués par la psychopathie.

Il importe que l'attention soit attirée sur cette forme clinique particulière, dont le diagnostic est délicat; on pourra ainsi chercher à soigner la cause profonde, au lieu de désespérer sur la thérapeutique illusoire d'un syndrome purement mental.

De tels faits montrent le bien-fondé des tendances de la psychiatrie contemporaine à rechercher systématiquement les signes somatiques frustes ou légers, chez tous ceux qui ne paraissent atteints que d'une affection exclusivement psychique, et à les rechercher en appelant à son secours toutes les données de la clinique et du laboratoire.

Essai de Pathogénie

Nous venons de constater que la sclérose en plaques peut s'accompagner de troubles psychiques de gravité variable : chez certains malades cette affection peut évoluer sans déterminer d'autres modifications intellectuelles que du puérilisme mental ou de l'irritabilité du caractère, tandis que chez d'autres on peut voir s'installer au cours de la maladie des délires variés ou même de la démence. Est-il possible d'expliquer une telle variété de troubles intellectuels ?

Plusieurs hypothèses ont été émises pour donner une explication pathogénique de ces diverses atteintes de l'état mental des malades. La première en date est celle qui veut expliquer la variété des modifications psychiques dans la sclérose en plaques par des associations pures et simples avec des psychoses fonctionnelles ou organiques. Les partisans de cette théorie admettent que s'il survient des hallucinations, du délire des grandeurs, de la démence, c'est qu'il ne s'agit plus d'une sclérose en plaques nettement isolée et bien définie, mais qu'il y a association avec la paralysie générale ou une psychosé.

Il existe en effet un certain nombre d'observations qui signalent la concomitance de la sclérose en plaques et de psychoses très diverses. Charcot a, le premier, insisté sur la combinaison possible de la sclérose disséminée avec la paralysie générale et en rapporte un cas typique. Le diagnostic avec la paralysie

générale faisait autrefois l'objet d'une discussion clinique qui avait surtout son intérêt lorsqu'on ne pouvait avoir recours à l'étude du liquide céphalo-rachidien. On s'explique que Charcot ait pu insister dans une de ses leçons cliniques, sur les difficultés de ce diagnostic. La dysarthrie, le tremblement de la langue et des mains, certains troubles oculaires, les modifications des réflexes pouvaient dans une certaine mesure faire hésiter le clinicien.

Il est ainsi facile de nier l'existence des troubles mentaux dans la sclérose en plaques et d'expliquer alors des troubles mentaux manifestes par une autre maladie. Mais il est probable que ces troubles mentaux ne relevaient pas d'une paralysie générale, mais bien d'une sclérose en plaques simulant une paralysie générale ; c'est un cas de cette espèce qui fut présenté en Mai 1924, à la *Société de Neurologie*, par M. Targowla.

L'association de la sclérose en plaques et de l'hystérie paraît assez douteuse. La variabilité et l'intermittence de certains symptômes, le signe de Babinski par exemple, ont pu faire ainsi penser à une association psychique. La sclérose en plaques est assez souvent méconnue et nombreux sont des cas de sclérose considérés d'abord par l'entourage, pendant des mois et des années, comme des troubles hystériques. On ne saurait être assez prudent dans la recherche des signes suspects de sclérose en plaques. Il faut reprendre l'examen clinique à plusieurs reprises.

Ainsi ces prétendues associations ne sont autre chose que des scléroses en plaques méconnues ou simu-

lant justement la maladie que l'on veut y associer. On en arrive donc à attribuer à la seule sclérose en plaques tous ces symptômes psychiques intellectuels, quels qu'ils soient, qu'ils empruntent le masque de la paralysie générale, celui de la manie des grandeurs ou du délire des persécutions.

L'étude anatomo-pathologique nous a montré qu'une sclérose en plaques s'accompagne toujours de lésions siégeant dans l'écorce cérébrale. Il est alors facile d'expliquer très simplement les manifestations psychiques et les désarrois du cerveau par des lésions de ce même cerveau, revenant ainsi à la vieille opinion matérialiste qui conditionne étroitement l'intégrité spirituelle de la pensée et de l'âme à l'intégrité physique du cerveau.

Cette théorie est vraiment séduisante et présente à première vue de parfaits rapports de cause à effet. Nous la croyons cependant passible de nombreuses critiques.

On peut d'abord lui objecter qu'à une lésion cérébrale déterminée ne répond pas un trouble psychique déterminé et inversement. Le siège anatomique de l'activité cérébrale n'a pas été localisé : à vrai dire, il n'existe pas. Les fonctions psychiques ne représentent en somme que le produit complexe de toutes les forces d'activité de l'encéphale : elles ne peuvent reconnaître de localisation, pas plus régionale que lobaire, telle est l'opinion d'Ernest Dupré :

« L'appareil anatomique de la psychicité comprenant dans sa composition tous les appareils fonctionnels de l'encéphale est comme un orchestre dont

l'existence n'est faite que de l'association synergique de tous les instruments qui le composent. »

Et si l'on reconnaît une base anatomique aux troubles psychiques, il est tout naturel de penser qu'ils doivent être d'autant plus importants que ces lésions sont plus étendues, et par conséquent qu'ils doivent être plus accusés au stade terminal de la maladie qu'à son début. Il serait dès lors possible d'établir une classification chronologique des divers troubles psychiques. Raecke a tenté cette classification et est arrivé à établir cette loi qu'aux stades initiaux prédominent la manie et les délires épisodiques, alors qu'aux stades terminaux s'observent de préférence la démence, les délires énormes et niais, et les aspects de paralysie générale.

Cette loi est dans bien des cas l'expression de la réalité et répond du reste à la symptomatologie classique. Nous voyons en effet les malades, après avoir présenté au début de leur affection un léger et simple affaiblissement intellectuel, en arriver aux délires variés et même à la démence.

Mais cette classification chronologique n'est pas absolue et souffre bien des exceptions.

Du cas de Raymond et Touchard aux observations de M. Targowla, cette classification ne vaut plus rien. Que dire en effet de ces troubles psychiques révolutionnaires qui n'admettent pas pour leur intensité progressive l'évolution progressive de la maladie et ouvrent furieusement la scène, masquant à eux seuls tout le syndrome somatique ?

C'est que le parallélisme entre le degré des lésions

organiques et l'intensité des troubles psychiques existe bien jusqu'à un certain point mais en somme n'a rien d'absolue, et il faut reconnaître que dans la pathogénie des troubles psychiques et intellectuels, interviennent d'autres éléments que la lésion organique appréciable au microscope.

Là où l'explication anatomique du polymorphisme des troubles psychiques de la sclérose en plaques apparaît surtout insuffisante, c'est lorsqu'on compare entre eux les différents cas. Parfois, en effet, on peut observer l'intégrité des fonctions intellectuelles dans des scléroses en plaques très complètes au point de vue somatique ; nous avons examiné des malades qui, atteints de névrite optique, d'un gros nystagmus permanent, d'une incoordination les rendant absolument impotents, d'un tremblement statique intense de la tête, avaient néanmoins conservé une parfaite lucidité d'esprit. Mais d'autres fois, au contraire, on voit des lésions anatomo-pathologiques minimales coexister avec des troubles mentaux très marqués : dans certaines grandes psychoses, il faut révéler la lésion somatique qui se masque derrière l'appareil des troubles mentaux.

Il reste acquis cependant que les lésions anatomiques jouent un certain rôle dans la genèse des troubles psychiques. Il est évident, en effet, que les lésions de méningite chronique que Philippe et Jones considèrent comme constantes dans la sclérose en plaques constituent par elles-mêmes en dehors des altérations de voisinage qu'elles peuvent déterminer, une épine irritative capable de produire à elle seule des troubles psychiques.

De même, la dégénérescence des cellules nerveuses et des altérations des parois vasculaires, par l'obstacle qu'elles apportent à la nutrition des éléments nerveux, peut entraîner une atrophie fonctionnelle de différents centres, atrophie qui aura pour conséquence une altération des facultés psychiques variant suivant l'importance du centre atrophié et de l'étendue de la lésion. Enfin des lésions microscopiques à localisations spéciales peuvent également contribuer à faire apparaître des troubles psychiques dans la sclérose en plaques. A ce sujet il ne faut pas oublier que les lésions du corps calleux déterminent toujours une altération précoce et grave de l'intelligence, parce que compromettant la fonction synergique des deux hémisphères, elles portent une atteinte précoce et profonde à la cérébration psychique.

Cela est donc bien entendu : les lésions anatomiques jouent un rôle important dans la genèse des troubles psychiques. Mais étant donné que les lésions de méningite chronique, les altérations nerveuses et vasculaires sont pour ainsi dire la règle, comment se fait-il que nous ayons chez nos scléreux en plaques une telle variété de troubles psychiques ?

C'est que les plaques cérébrales de la sclérose ne jouent qu'un rôle indirect et contingent dans l'écllosion des troubles psychiques. C'est un fait d'observation courante que les réactions symptomatiques du système nerveux ont souvent besoin de facteurs multiples pour se produire. Et nous citons encore Ernest Dupré : « L'affection organique n'est qu'un facteur occasionnel associé à tout un ensemble de facteurs

personnels ou héréditaires, congénitaux ou acquis, lointains ou récents, dont l'action aboutit à créer les *prédispositions* psychopathiques : la lésion organique a été l'appoint qui a extériorisé la *prédisposition* ».

Nous pensons que c'est par là que l'on doit expliquer l'étonnante variété des réactions psychiques individuelles devant les mêmes lésions cérébrales ainsi que les grands psychoses secondaires à des lésions relativement minimales de l'encéphale.

On conçoit aisément qu'un sujet ayant quelques tendances à la manie et aux psychoses, les réalise à propos d'une sclérose en plaques ou qu'un autre, dont les cellules cérébrales sont en état de moindre résistance, puisse présenter au début d'un travail organique portant sur son système nerveux cet état démentiel que nous avons signalé au cours de la sclérose en plaques.

A notre avis, ce rôle de la *prédisposition* est à ce point prépondérant qu'il nous semble qu'il faut l'élargir davantage. La névrose est latente, la lésion organique vient la provoquer. Il y a dans la coexistence de ces deux affections, plus qu'une coïncidence fortuite, mais une véritable relation de cause à effet. Une pareille relation ne peut s'établir que grâce à la *prédisposition* nerveuse qui, non seulement favorise l'établissement de la lésion organique, mais permet encore à celle-ci de provoquer l'apparition de la névrose.

Mais pourquoi la sclérose en plaques se complique-t-elle de troubles psychiques névrosiques plus sou-

vent que toutes les autres maladies du système nerveux ? Si l'on s'en tient à l'idée maîtresse de la prédisposition, ne serait-ce pas parce que plus disséminée elle éveille plus sûrement cette prédisposition latente ? Ne serait-ce pas peut-être aussi parce qu'elle-même ne se développe qu'à la faveur de ces prédispositions ? Hypothèses à envisager sans doute.

Nous savons d'autre part que la sclérose en plaques, par ses caractères cliniques (début subaigu, poussées évolutives successives, modification du liquide céphalo-rachidien) par ses caractères anatomo-pathologiques, apparaît comme la conséquence d'une infection diffuse du système nerveux : la sclérose en plaques est une maladie infectieuse et souvent les caractères des troubles mentaux dans la sclérose en plaques sont ceux d'un syndrome toxi-infectieux. M. Targowla note la fièvre, la céphalée, l'azotémie. Dès lors, les troubles mentaux seraient du ressort d'une psychopathie toxi-infectieuse, et cette psychopathie toxi-infectieuse en rapport avec l'origine infectieuse de la sclérose en plaques, expliquerait la fréquence élective des troubles mentaux dans de nombreux cas de cette affection.

Prédisposition latente, psychopathie infectieuse, tels sont, croyons-nous, les deux principaux facteurs, associés ou non, de la fréquence relative des troubles mentaux dans la sclérose en plaques, eu égard aux autres maladies du système nerveux.

CONCLUSIONS

I. — Quelques rares scléreux en plaques peuvent présenter un psychisme absolument normal, mais la plupart présentent des modifications de leur moi, modifications portant surtout sur l'affectivité.

II. — Il n'est pas rare de voir s'établir des délires variés, de véritables psychoses : délire maniaque, délire de persécution, folie circulaire.

III. — Il est possible aussi — mais infiniment plus rare — de voir apparaître de véritables troubles démentiels, troubles démentiels simulant fréquemment une paralysie générale.

IV. — Ces troubles mentaux sont plus fréquents qu'on ne l'admet généralement, et leur importance vis-à-vis des troubles somatiques est tout à fait réelle. Ils ne surviennent pas toujours à titre de complication dans une maladie avérée, mais peuvent à eux seuls ouvrir la scène et dominer le tableau clinique.

V. — De là, devant ces troubles mentaux, la nécessité d'un examen général complet au double point de vue de la clinique et du laboratoire. Insuffisance du seul examen psychique chez les aliénés.

VI. — La fréquence et l'importance de ces troubles mentaux dans la sclérose en plaques paraît être en rapport avec le gros facteur psychopathique de la prédisposition.

Un sujet ayant des tendances aux psychoses les réalise plus facilement à la faveur de cette maladie si profondément disséminée. Néanmoins, certains cas de troubles psychiques prépondérants semblent être en rapport avec une psychopathie toxi-infectieuse.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Jean LÉPINE

Vu :

LE DOYEN,

Jean LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 Novembre 1929

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Joseph GHEUSI

BIBLIOGRAPHIE

BABINSKI. — Etude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques. (Thèse de Paris, 1885.)

CHARCOT. — Œuvres complètes.

— Sclérose en plaques et paralysie générale. (*Semaine Médicale*, 1892.)

— Sclérose en plaques. (*Gazette des Hôpitaux*, 1886.)

COTTRELL ET WILSON. — The affective symptomatology of disseminated sclerosis. (*The Journal of Neuro and Psychopathology*, t. VII, 1926.)

DUPRÉ. — Article psychopathies organiques. (*Traité de Pathologie mentale*, Gilbert Ballée.)

EUZIÈRE ET CLÉMENT. — Les troubles psychiques dans la sclérose en plaques. (*Archives générales de Médecine*, 1909.)

EUZIÈRE, PAGÈS ET FOURNIER. — Un cas de sclérose en plaques avec syndromes psychiques prédominants. (*Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, Décembre 1924.)

FLEURY (Maurice de). — Les fous, les pauvres fous, et la sagesse qu'ils enseignent. (Hachette, éditeur.)

GEAY. — Troubles psychiques dans la sclérose en plaques. (Thèse de Lyon, 1904.)

GRASSET. — Des localisations dans les maladies cérébrales.

GUILLAIN. — Rapport sur la sclérose en plaques. (*Revue Neurologique*, 30 mai 1924.)

GUIRAUD. — La psychiatrie. (*Monde Médical*, 15 février 1928.)

— Sclérose en plaques et psychose hallucinatoire chronique. (*Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, mars 1927.)

JELLIFFE. — Sclérose en plaques et psycho-analyse. (*Am. J. of. Med. Sc.*, Mai 1921, p. 666.)

LANNOIS. — Troubles psychiques dans la sclérose en plaques. (*Revue Neurologique*, 1903.)

PHILIPPE ET JONES. — Etude anatomo-pathologique de l'écorce cérébrale dans la sclérose en plaques. (*Revue Neurologique*, 1899.)

RAYMOND. — Les troubles mentaux dans la sclérose en plaques. (*Journal des Praticiens*, 1909.)

RAYMOND ET TOUCHARD. — Un cas de sclérose en plaques débutant par des troubles mentaux simulant la paralysie générale. (*Revue Neurologique*, 1909, t. I, p. 224.)

SEIFFERT. — Ueber psychische insbesondere Intelligenzstörungen bei multipler sklerose. (*Arch. f. Psych.*, t. XI, 1905.)

SOUQUES. — Contribution à l'étude des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière. (*Thèse de Paris*, 1891.)

— Forme cerebello-pyramidale de la sclérose en plaques. (*Revue Neurologique*, 1924, t. I, p. 692.)

TARGOWLA. — Sclérose en plaques fruste à début mental. (*Encéphale*, n° 3, 1927, p. 169.)

— Psychose périodique et sclérose en plaques. (*Encéphale*, 1927, n° 5, p. 376.)

— Pseudo-paralysie générale et sclérose en plaques. (*Revue Neurologique*, 3 novembre 1927.)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	13
Etude des lésions anatomo-pathologiques de l'écorce cérébrale dans la sclérose en plaques	19
Etude clinique des troubles mentaux	23
Les troubles délirants et démentiels dans la sclérose en plaques	31
FORMES CLINIQUES	39
ESSAI DE PATHOGÉNIE	43
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	53

